

ARLINGTON PEDIATRIC DENTISTRY

Fecha _____

Información del Paciente

Nombre del menor _____

Sobrenombre _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____
Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M _____ F _____

Dirección _____
Calle _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa (_____) _____

Nombre de la Escuela y Teléfono _____

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestro consultorio? _____

Información de la Familia

Tiene algún familiar que ya ha sido paciente en nuestra oficina? Si es así por favor indique: _____

Nombre de la Madre/Apoderado _____ Fecha de Nacimiento _____

Correo Electrónico _____ Estado Civil: Casado / Soltero / Divorciado / Otro

Ocupación _____ Empleador _____

Trabajo (_____) _____ Celular (_____) _____

Nombre del Padre/Apoderado _____ Fecha de Nacimiento _____

Correo Electrónico _____ Estado Civil: Casado / Soltero / Divorciado / Otro

Ocupación _____ Empleador _____

Trabajo (_____) _____ Celular (_____) _____

Información del Seguro Dental

Seguro Principal _____ Teléfono (_____) _____

Responsable del Seguro _____ Parentesco con el Paciente _____

Responsable Soc.Sec.# _____ Fecha de Nacimiento del Responsable _____

Número de Identificación _____ Número de Grupo _____

Empleador _____

Seguro Secundario _____ Teléfono (_____) _____

Responsable del Seguro _____ Parentesco con el Paciente _____

Responsable Soc.Sec.# _____ Fecha de Nacimiento del Responsable _____

Número de Identificación _____ Número de Grupo _____

Empleador _____

ARLINGTON PEDIATRIC DENTISTRY

Historia Dental del Paciente

Es esta la primera visita de su hijo(a) al dentista? Si _____ No _____

Si la respuesta es NO por favor proporcione la información del dentista anterior y el motivo de la visita: _____

Su hijo(a) tiene alguna queja reciente sobre problemas dentales? Si _____ No _____. Por favor explicar _____

Su hijo(a) toma fluoruro de alguna forma? Si _____ No _____ enjuague bucal / Gel / botella de agua / pasta dental / otro

Su hijo(a) ha tenido ó tiene los siguientes problemas o hábitos? Por favor marque todas las que correspondan:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Abcesos |
| <input type="checkbox"/> | Mal aliento |
| <input type="checkbox"/> | Problemas de conducta |
| <input type="checkbox"/> | Inflamación y/o sangramiento de encías |
| <input type="checkbox"/> | Lactancia |
| <input type="checkbox"/> | Rechina los dientes |
| <input type="checkbox"/> | Respira por la boca |

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Comer ó se muerde las uñas |
| <input type="checkbox"/> | Usa chupón |
| <input type="checkbox"/> | Usa biberón o sippy cup |
| <input type="checkbox"/> | Ronca |
| <input type="checkbox"/> | Tiene dificultad para hablar |
| <input type="checkbox"/> | Se chupa los dedos |
| <input type="checkbox"/> | Otro: _____ |

Historia Médica del Paciente

Médico General _____
Nombre _____ Teléfono _____

Fecha del último examen _____. Su hijo(a) se encuentra bajo algún tratamiento médico? Si _____ No _____

Por favor explicar _____

Su hijo(a) toma medicinas o prescripciones médicas? Si _____ No _____. Por favor explicar _____

Su hijo(a) ha sido hospitalizado alguna vez? Si _____ No _____. Por favor explicar cuando y porque _____

Su hijo(a) ha tenido alguna cirugía? Si _____ No _____. Por favor explicar _____

ARLINGTON

PEDIATRIC DENTISTRY

Alergias (Por favor marque lo que aplica)

Penicilina Amoxicilina Latex Sulfa Otro _____

Su hijo ha tenido ó tiene algunas de las enfermedades ó condiciones médicas abajo señaladas? Por favor marque todas las que correspondan.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD / ADD
<input type="checkbox"/> Sida / HIV
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Problemas de Vesícula
<input type="checkbox"/> Mala Coagulación
<input type="checkbox"/> Problemas de Huesos
<input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy
<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Infección de oído
<input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral
<input type="checkbox"/> Sordera
<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Soplo de Corazón
<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> Jaundice/Bilirrubina
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/> Problemas del Hígado
<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Problemas de Visión
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|--|---|---|

SOLO PARA MUJERES:

La paciente está actualmente tomando pastillas anticonceptivas? Si___ No___ . La paciente está actualmente embarazada? Si___ No___

Otros Contactos

Quien podemos contactar si no podemos contactar con usted?

Nombre_____ Parentesco_____ Teléfono(_____)_____

Nombre_____ Parentesco_____ Teléfono(_____)_____

ARLINGTON

PEDIATRIC DENTISTRY

Reglas de la Oficina y Convenio Financiero

Gracias por elegir nuestra oficina para el cuidado de su hijo(a). Con el fin de construir una relación de confianza para los años venideros le pedimos que tome un minuto para familiarizarse con nuestras citas y acuerdos de pago.

1. Las citas están reservadas exclusivamente para su hijo(a) y se programan a una hora adecuada para el tratamiento indicado. Hacemos todo lo posible para ver a todos los pacientes a tiempo y solicitamos que nos extienda la misma cortesía y lleguen a tiempo a su cita.
2. Le pedimos que nos informe de cualquier cambio a su cita al menos con dos días hábiles de anticipación ó consideraremos la cita como cancelada sin previo aviso e incurrirá en un cargo de \$50.00 por cita cancelada y se aplicará a su cuenta. Si usted piensa que va a llegar tarde por favor llame a nuestra oficina para dejarnos saber. Nos reservamos el derecho de no programar citas futuras para su hijo(a) si hay un historial de citas canceladas sin previo aviso ó si el paciente llega tarde a sus citas con frecuencia.
3. La oficina contactará a los pacientes vía llamadas telefónicas automatizadas y mensajes de texto para confirmar citas. También es posible que nos contactemos con usted por correo electrónico. Por favor, háganos saber si no desea optar por una o más de estas opciones de comunicación.
4. Un padre debe acompañar a cada menor para una visita a nuestra oficina. Póngase en contacto con nuestra oficina si tiene que asignar a otro adulto para acompañar a su hijo(a). Usted puede elegir si desea ó no permanecer en la sala de espera durante la cita de su hijo(a). Aunque está comprobado que la mayoría de los niños(a) muestran un comportamiento diferente cuando los padres no están presentes, estamos de acuerdo y permitiremos que **UNO** de ustedes acompañe a su hijo(a).
5. El pago de los servicios profesionales se deben hacer en el momento en que se proporciona el tratamiento dental. La persona que acompaña al paciente es responsable de cualquier pago adeudado así que por favor venga preparado para pagar su co-pago, deducible, y otras tarifas no cubiertas por su seguro el día de la cita. Un cargo de \$ 25.00 dólares se aplicará por cheques retornados.
6. Someteremos un reclamo y cobro a su seguro por usted si somos un proveedor participante. Nosotros le proporcionaremos con un estimado por escrito de su responsabilidad. Siempre tratamos de maximizar sus beneficios, pero es muy recomendable que se comunique con su compañía de seguros para revisar sus beneficios.
7. Para los pacientes que tuvieran un plan dental con el cual nuestra oficina no participa ó no nos encontramos dentro de la red de proveedores de seguros (out of network), se le entregará un estado de cuenta para que dependiendo del caso usted tramite su reembolso con su compañía de seguros. Cargos por los servicios serán cobrados y cancelados en su totalidad en la misma fecha en que los servicios son prestados.
8. En caso de que su plan de seguro no cubra la totalidad ó sólo cubra una parte de los servicios prestados, el balance pendiente pasará a ser responsabilidad completa del paciente y quedará un pago pendiente desde el momento de recepción de la explicación de beneficios del seguro. Si su seguro no cubre el reclamo presentado dentro de los 45 días desde el tiempo de los servicios prestados el saldo pasará a ser responsabilidad del paciente. Después que su seguro pague su porción del tratamiento dental, le enviaremos el balance pendiente a su dirección de correo registrada en nuestros records. Se solicita que este balance sea cancelado dentro de los 14 días de recibido el estado de cuenta o un cargo de \$ 5.00 será aplicado. Un recargo de \$ 5,00 adicionales se cobrará a su cuenta por cada 30 días que su cuenta esté vencida. Una cuenta que esta vencida 60 días será transferida a una agencia de colección y habrá un cargo de \$ 50.00 además de los honorarios legales y tribunales.
9. Después de la finalización del tratamiento dental usted puede tener derecho a un reembolso. Usted puede optar por mantener el crédito con nosotros para un uso futuro hacia el cuidado dental o tener la cantidad reembolsada a usted. Los cheques de reembolso son emitidos a nombre de la persona que firma este documento y se envían por correo a la dirección registrada .

Por favor mantenga a nuestra oficina informada de cualquier cambio tales como cambio de nombre, dirección y teléfono de la compañía de seguros. Cambio de empleo, o cambios de números de teléfono y/o de dirección de domicilio.

ARLINGTON PEDIATRIC DENTISTRY

Política de Privacidad

Efectivo desde el 14 de Abril del 2003 la ley federal conocida como la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), requiere que esta oficina cumpla con ciertas reglas relacionadas al mantenimiento de la privacidad de información proporcionada y recogida y que en el futuro recogeremos de nuestros pacientes.

Para cumplir con uno de los requerimientos de HIPAA una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad será publicado para su revisión y una copia estará disponible si así lo solicitaran. El Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información que HIPAA requiere sea revelada con relación a nuestras prácticas de privacidad. En determinado momento será necesario y nos veremos obligados a divulgar su información de estar en conexión con su tratamiento. Por ejemplo, podría ser referido a una consulta con otro dentista u otro profesional de la salud, proveer una muestra a un laboratorio para análisis ó de lo contrario divulgar su información para coordinar y ofrecer el tratamiento más apropiado para la condición de salud presente.

Autorización y Consentimiento para Tratamiento del Paciente

Yo, certifico que leí y entendí la información a la mayor comprensión y que las preguntas que se me hicieron las respondí correctamente con el mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Arlington Pediatric Dentistry si mi hijo(a) tiene ó ha tenido un cambio reciente en su salud.

Yo soy el Padre / Madre ó Apoderado de _____ y no hay órdenes judiciales actualmente que
Por favor escriba el nombre del niño(a)
me prohíban firmar este consentimiento. Comprendo también que es mi responsabilidad informar a Arlington Pediatric Dentistry si hubiera algún cambio en el estatus legal de los padres o apoderado.

Por la presente autorizo a Arlington Pediatric Dentistry prestar los servicios dentales necesarios a mi menor hijo(a) cuyo nombre se indica arriba. Entiendo que las personas nombradas en la Información Familiar ó una persona autorizada previa carta de autorización, debe estar presente al momento del tratamiento.

Yo autorizo y doy consentimiento a Arlington Pediatric Dentistry a utilizar la información de salud de mi niño(a) mencionado arriba con las compañías de seguro y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios prestados y la determinación de los beneficios del seguro.

Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos profesionales relacionados a los servicios prestados. Cargos no cubiertos por mi seguro dental serán sin demora pagados de acuerdo a la política financiera arriba indicada.

He leído y entendido este documento en su totalidad incluido la Oficina y Política Financiera y estoy de acuerdo en regirme por ellas en su totalidad.

Admito que he revisado la copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

Por favor escriba nombre del Padre/Madre o Apoderado

Fecha

Firma del Padre/Madre o Apoderado

Fecha

Iniciales oficina _____